



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

“Nivel de conocimiento de las gestantes sobre los temas que se imparten en el programa de psicoprofilaxis obstétrica del Hospital II-1 Moyobamba. Abril- setiembre 2012”

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

AUTORES:

Bachiller Katheryn Jhuvell Saavedra Pino

Bachiller Nerina Torres Vasquez

ASESOR:

Obsta. Dra. LOLITA AREVALO FASANANDO

TARAPOTO – PERÚ

2012

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**MAGNITUD DEL VIH/SIDA EN LA REGIÓN SAN MARTIN SEGÚN
CASOS IDENTIFICADOS POR LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD
SAN MARTIN. PERIODO 1990 – 2012.**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

JURADO CALIFICADOR:

Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Presidente

Obsta. Mg. Marina Huamantumba Palomino

Secretario

Lic.Nut. María Elena Farro Roque

Vocal

TARAPOTO – PERÚ

2013

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más.

A mis padres **Teresa del Pilar** y **Víctor Felipe**, va para ustedes, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho y creyeron en mí, me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera y se sienten orgullosos por mí, impulsándome a ir hasta el final.

A mis hermanas **Mayra**, **Johana** y **Ana Patricia** porque siempre he contado con ellas para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido, por el apoyo y la amistad, ¡Gracias!

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

KATHERYN JHUVELL SAAVEDRA PINO

DEDICATORIA

A mi papa **Juvenal Torres Rodríguez**, porque creyó en mí y porque me sacó adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ti, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuviste impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sientes por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va para ti por lo que vales, porque admiro tu fortaleza y por lo que has hecho de mí.

Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A todas las personas que de una o de otra manera estuvieron cerca de mí, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

A mi hijo Diego Luis; mis hermanos José Luis y Milagros, juntos ayer, hoy y siempre.

A mi mamá **Celinda Vásquez**, que desde el cielo me protege y me ayuda, porque gracias a ella soy lo que ahora soy y esto es por ella.

NERINA TORRES VASQUEZ

AGRADECIMIENTO

En primer lugar dar gracias a Dios, el dador de todas las cosas y quien permite que todo ocurra, por permitirnos llegar a este momento.

A **la Obst. Dra. Lolita Arévalo Fasanando**, por el asesoramiento brindado para la concreción del presente trabajo de investigación.

Una mención de gratitud queremos extender a las autoridades y docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud y en particular de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia.

A cada uno de los docentes del curso de complementación, por su dedicación y por transmitirnos sus conocimientos en la etapa de formación académica en investigación.

A todo el personal profesional que labora en el servicio de Gineco-Obstetricia del **Hospital II-1 Moyobamba**, por su colaboración en la ejecución del presente estudio de investigación.

LAS AUTORAS

INDICE

INDICE

	Pag
Resumen	
Abstrac	
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Marco Teórico.....	5
1.3 Justificación.....	33
1.4 Problema.....	35
CAPITULO II: OBJETIVOS	36
2.1 Objetivo General.....	36
2.2 Objetivos Específicos.....	36
CAPITULO III: HIPOTESIS	37
3.1 Planteamiento de la hipótesis.....	37
3.2 Variable.....	37
3.3 Operacionalización de variables.....	38
CAPITULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS	39
4.1 Tipo de estudio.....	39
4.2 Diseño de investigación.....	39
4.3 Población y muestra.....	39
4.4 Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	40
CAPITULO V: RESULTADOS	41
CAPITULO VI: ANALISIS Y DISCUSIÓN	55
CAPITULO VII: CONCLUSIONES	60
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES	61
CAPITULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
CAPITULO X: ANEXOS	65

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo: determinar el nivel de conocimientos de las gestantes sobre los temas que se imparten en el programa de psicoprofilaxis, se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, realizado en el Hospital II 1 Moyobamba Abril – Setiembre del 2012.

Para lo cual se aplicó un cuestionario a 20 gestantes que recibieron la preparación psicoprofiláctica, cuyas edades el 75% fluctúan entre 20-35 años; predominando el estado civil de conviviente con un 70,0%, así como el grado de instrucción de secundaria completa con 70,0%. La ocupación con mayor porcentaje es el de ama de casa con un 65,0%.

Las gestantes en estudio recibieron las 8 temas en igual número de sesiones del programa de psicoprofilaxis; en el primer tema el 65% de gestantes participantes tiene un buen nivel de conocimientos; en los otros 6 temas y sesiones más del 85% de gestantes participantes fueron calificados como que tienen un buen nivel de conocimientos sobre el programa; cabe precisar que en el octavo tema el 100,0% de las participantes, obtuvieron una calificación de buenos conocimientos sobre el programa de psicoprofilaxis.

Todas las gestantes participantes en el programa de psicoprofilaxis, en el hospital II-1 Moyobamba en el periodo Abril – Setiembre 2012, tienen un nivel de conocimiento bueno sobre el programa.

Palabras claves: gestantes, nivel de conocimiento, programa de psicoprofilaxis

ABSTRACT

This research aims to: determine the level of knowledge of pregnant women on the subjects taught in the psicoprofilaxis program, a quantitative, descriptive study was conducted cross section, performed at the Hospital II 1 Moyobamba April – September 2012.

For which a questionnaire given to 20 pregnant women who applied the psychoprophylactic preparation, 75% whose ages range from 20-35 years; predominant marital status of cohabiting with 70.0%, and the degree complete secondary instruction with 70.0%. The occupation more percentage is the housewife with 65.0%. Pregnant women in the study received 8 issues in as many sessions psicoprofilaxis program; in the first issue for 65% of pregnant participants have a good level of knowledge; in the other 6 subjects and sessions over 85% of participants were rated pregnant that They have a good level of knowledge about the program; it should be noted that in the eighth issue 100.0% of participants obtained a qualifier good knowledge of the program of psycho.

All participants in the program of psycho pregnant, in the Hospital II-1 Moyobamba in the period April - September 2012, have a level good knowledge of the program.

Keywords: pregnant, level of knowledge, program psicoprofilaxis

TITULO:

“MAGNITUD DEL VIH/SIDA EN LA REGIÓN SAN MARTIN SEGÚN CASOS IDENTIFICADOS POR LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN. PERIODO 1990 – 2012”.

I. INTRODUCCION:

1.1. MARCO CONCEPTUAL

La epidemia del VIH en nuestro país y en el mundo es un problema que rebasa el ámbito de la salud pública al converger con factores psicológicos, sociales, éticos, económicos, políticos y de derechos humanos, entre otros. (1). Hace 30 años el mundo comenzó su batalla contra una de las enfermedades que más muertes y estigma ha causado en la historia de la humanidad. En un inicio se pensó que el VIH/SIDA era un problema sólo de algunos cuantos; sin embargo, la propagación de este virus se encargó de demostrarnos lo contrario. (2)

El VIH/SIDA es una alteración permanente e irreversible del estado de salud, que no diferencia edad, raza, sexo ni condición social, cuya causa se asocia a determinados hábitos, prácticas y estilos de vida. Es considerada como una de las cinco principales causas de muerte a nivel mundial, terrible enfermedad que destruye la inmunidad natural de los seres humanos, no tiene cura y mata rápidamente si no es atendida oportunamente.

En nuestro país el primer caso registrado de SIDA se diagnosticó en 1983 (3). Las infecciones por VIH se transmiten debido a comportamientos predominantemente sexuales de riesgo, aunque pueden existir otros factores que pudieran poner en contexto de riesgo y vulnerabilidad a las personas ante una posible infección por VIH, como podría ser el uso de drogas inyectables, la

violencia sexual, falta de atención prenatal y durante el parto en mujeres embarazadas; y recientemente, se está estudiando a nivel mundial la asociación que el alcoholismo y la adicción a otras drogas tiene el riesgo de contraer el VIH/SIDA(4)

La epidemia VIH/SIDA en el Perú se limita a las poblaciones vulnerables. La predominancia más alta se observa en la población joven y masculina, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y en trabajadoras sexuales. El 83% de los casos de SIDA reportados se observa en varones, y el 70 % en varones entre 20 a 39 años, (5)

Lograr controlar el VIH exige enfrentarse sobre todo a los factores que alimentan estas epidemias, incluidas las desigualdades y las injusticias sociales; superar serios obstáculos que aún se interponen en el acceso y que adoptan la forma del estigma, discriminación, desigualdad por razón de sexo, marginación social de poblaciones específicas y otras violaciones de los derechos humanos. También es preciso superar las nuevas injusticias creadas por el SIDA, como la orfandad de generaciones enteras de niños. Por eso, los esfuerzos descoordinados o los que ofrecen sólo soluciones parciales no reducirán significativamente el número de nuevas infecciones. Es necesario que los gobiernos locales se acerquen lo máximo posible a la consecución del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y alivio del impacto. Deben concentrarse en la ejecución de los programas, incluidos el fortalecimiento de los recursos humanos e institucionales y la aplicación de estrategias que permitan el mayor nivel posible de integración de los servicios.

(6)

Como parte de todo este esfuerzo dedicado a la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA, se ha elaborado este proyecto, con el propósito de plasmar a través de la investigación científica, datos fidedignos que permitan informar a la comunidad en general la real magnitud del VIH/SIDA en nuestra región San Martín. Ya que debido al poco interés de nuestras autoridades se desconoce datos reales de este problema de carácter urgente a nivel mundial.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

A nivel mundial, **ONUSIDA** estima que en el 2009 vivían 33.2 millones de personas con VIH. Anualmente se calculan 2.5 millones de nuevas infecciones de VIH, y 2.1 millones de defunciones causa de este padecimiento. En el 2009, en América Latina se estiman 1.6 millones de personas con VIH, 100 mil nuevas infecciones y 58 mil fallecimientos por SIDA. (10) Para la región de América Latina, en la que se incluye a México, la prevalencia de VIH en población adulta ha permanecido sin cambios entre 2001 y 2010, siendo cercana al 0.4%. En esta región cerca de 1.5 millones de personas [rango de 1.2–1.7 millones] vivían con el VIH y durante el 2010 ocurrieron alrededor de 100 mil [rango de 73 mil–140 mil] nuevas infecciones por el VIH. (07)

ORTIZ Y COLABORADORES: Estudio realizado en latinoamericanos y españoles en función del sexo y la edad: han demostrado cifras alarmantes en México (73,2%) Costa Rica (69,4%) y Panamá (68,5%) son los países de Latinoamérica con mayor porcentaje de varones, República Dominicana (56,1%) Argentina (32,7%) y El Salvador (32,4%) son los países con mayor

porcentaje de mujeres adultas que viven con el VIH/SIDA en Latinoamérica. Por otra parte, República Dominicana (69,8%) Nicaragua (50,0%) y Ecuador (49,3%) son los tres países con mayor porcentaje de mujeres. En cuanto a los varones jóvenes, el grupo de países formado por Colombia (68,2%) Costa Rica (68,0%) y Paraguay (67,3%) lidera el porcentaje de personas de este grupo que padecen el VIH/SIDA. Bolivia (8,3%) Paraguay (7,7%) y Colombia (6,3%) constituyen el conjunto de países latinoamericanos con mayor porcentaje de casos infantiles afectados por el VIH/SIDA. (08)

MARYORI R. en su estudio “vía más frecuente de transmisión del VIH/SIDA en Latinoamérica 2011”. La vía predominante en todos los países latinoamericanos es la sexual (heterosexual y homo/bisexual). México, Panamá y, en menor medida Perú, son los países donde la vía heterosexual y homosexual se encuentran más igualadas en porcentajes. Los países con mayores porcentajes de infección por el VIH a través de la vía heterosexual son Honduras (85,3%), Nicaragua (81,0%) y Ecuador (80,1%). La vía homo/bisexual presenta los mayores porcentajes en Cuba (72,0%) Venezuela (65,0%) y Costa Rica (59,3%). Con respecto al consumo de drogas por vía parenteral, Uruguay (19,0%) Brasil (14,3%) y Argentina (5,7%) encabezan las posiciones de países donde se concentran los porcentajes más elevados. A pesar del control de las transfusiones sanguíneas, el 4,0% de los casos de VIH en Costa Rica se ha producido a través de esta vía, así como el 3,0% de los casos de República Dominicana y el 1,6% de los de México.(09)

MARYORI R., estudio realizado 2010 “transmisión vertical”: se observa que Honduras (6,1%) El Salvador (6,0%) y Guatemala (5,1%) tienen la proporción más elevada de transmisión materno-filial en Latinoamérica. Existe un elevado porcentaje de casos sobre los cuales no se conoce la vía de transmisión. Así, México (34,0%), Panamá (26,3%) y Colombia (16,6%) constituyen el grupo de tres países donde se concentran los porcentajes más elevados de casos de VIH cuya vía de transmisión se desconoce. (10)

OLIVAJ, en su estudio realizado en España: Hasta el 30 de junio de 2011; Transmisión según el sexo y edad. Se notificaron 2.907 nuevos diagnósticos de VIH. La mediana de edad fue de 35 años (RIC: 29-43) y los hombres suponen el 82,1% de los nuevos diagnósticos de VIH. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente (46,1%), seguida de la transmisión heterosexual, que supone un 33,1%, y la de usuarios de drogas inyectadas (UDI), que sumó un 5,9%. Por tanto, el 79% de los nuevos diagnósticos de VIH del año 2010 tienen su origen en la transmisión sexual. Transmisión según el sexo, entre los hombres, la transmisión HSH supone el 56% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2010, sumando la transmisión heterosexual, el 23%. Entre las mujeres, la transmisión heterosexual supone la gran mayoría, con un 80% de los nuevos diagnósticos. (11)

ALARCON J Y COLABORADORES, estudio realizado del 1 de enero de 2011 al 30 de septiembre de 2011 VIH la razón hombre/mujer. En México se habían registrado 2,846 casos nuevos de SIDA y 3,083 casos nuevos de VIH La razón

hombre/mujer de casos de SIDA es en 2011 es de 4.5 a 1 (promedio global del país), es decir, 4.5 hombres con SIDA por cada mujer. Mientras que para los casos de VIH la razón es de 3.4 hombres por cada mujer. El Distrito Federal es el estado con la mayor razón hombre/mujer de casos registrados de SIDA, 8 hombres por cada mujer, seguido por Nuevo León con una razón de 7.4 hombres por una mujer; y finalmente Guanajuato con una razón de 5.1 hombres por una mujer. La principal vía de transmisión del VIH es la vía sexual; y tenemos una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas que realizan trabajo sexual y personas que usan drogas inyectables. El 32% de los casos registrados de SIDA en hombres refieren una categoría de transmisión por relaciones sexuales homosexuales y el 22% bisexuales. El 41% indica la vía heterosexual. El 1% por uso de drogas inyectables y otro 1% por transmisión vertical. Por otra parte, el 86.6% de los casos registrados de SIDA en mujeres refieren una categoría de transmisión por relaciones sexuales heterosexuales. El 5.8% indica la vía de transmisión vertical y el 0.67% por uso de drogas inyectables. (12)

CALVIMONTES C. Bolivia 2011, presenta una prevalencia de VIH de 0,20%, en un total de 6835 personas viviendo con VIH/sida notificadas en el sistema de salud, lo que significaría que 6 de cada 10.000 personas en el país habrían sido notificadas como casos de VIH/sida. Una epidemia predominantemente joven por que el 67% de los casos notificados fueron en las edades menores de 35 años, principalmente en la población masculina, encontrándose una razón de masculinidad de 1,8 es decir que por cada 10 mujeres existen 18 hombres con VIH/sida. La principal vía de transmisión es la sexual que

corresponde a más del 90% de los casos, encontrándose un 3% en transmisión vertical y alrededor de 1% en cuanto a transmisión sanguínea. La epidemia es de tipo concentrada en las poblaciones vulnerables que presentan prevalencias del 12% en la población homosexual, bisexual y travesti, es 0.6% en trabajadoras sexuales; sin embargo se ha registrado un incremento considerable en la población general que se manifiesta en una prevalencia de 0.12% en las Mujeres embarazadas de 15 a 24 años. (13)

BERMUDEZ Y., Uruguay Según casos notificados a DEVISA en el año 2010 distribución de vías de transmisión: fue la siguiente: sexual, 94%; sanguínea, 7% y materno infantil, 1.3%, acumulados desde el inicio de la epidemia. Dentro de la transmisión sexual, 75.3% se notificó en heterosexuales y 27.6% en varones que tienen relaciones sexuales con varones. La relación hombre/mujer disminuyó en forma constante estabilizándose en los últimos 10 años donde permanece en 2:1. Entre 1991 y 2010 se registraron 9.210 notificaciones de casos de VIH de los cuales el 60% corresponden a personas del sexo masculino (M =5577) y el 39% a casos del sexo femenino (F =3585). (14)

1.2.2. NACIONALES

SANCHEZ J, en su estudio Conocimientos del VIH/SIDA y prácticas sexuales. Se produjeron 4346 nuevas infecciones de infección por VIH en el Perú, distribuidas de la siguiente manera: HSH 56%, personas que practican el sexo casual y sus parejas estables (12%), trabajadoras sexuales (TS) y sus clientes (2%) y las parejas femeninas de los clientes de TS, HSH y usuarios de drogas

inyectables (UDI, 13%). La transmisión heterosexual sería responsable del 15% de nuevas infecciones en población heterosexual de bajo riesgo. Siendo la epidemia en el Perú concentrada (15).

MENDOZA Y JARAMA, en su estudio incidencia del VIH/SIDA en el período 1983-2009, la mayor incidencia de VIH y sida fue en el departamento de Lima (20 mil 860 casos de VIH y 16 mil 678 de sida), seguido por la Provincia Constitucional del Callao con 2 mil 796 y 1 mil 791 casos, respectivamente y Loreto con 2 mil 269 casos de VIH y 815 de sida. En el período 2001-2009, el departamento de Lima presentó el mayor número de casos notificados de VIH (13 mil 630); seguido por Loreto con 2 mil 20 Casos, Provincia Constitucional del Callao (1 mil 938), La Libertad (966) y Lambayeque (881). En el caso del sida, el número de casos en estos mismos departamentos fue menor: Lima (8 mil 651), Loreto (500), Provincia Constitucional del Callao (897), La Libertad (254) y Lambayeque (291). La edad y sexo son características básicas para clasificar la población con el VIH. La prevalencia del SIDA en el período 1983-2010 fue en varones de 25 a 34 años de edad (32,0 por ciento); mientras que en las mujeres de ese mismo grupo de edad fue 9,1%. Por grupo quinquenal, se observó que el 16,4% de los casos notificados de SIDA se presentó en varones de 25 a 29 años de edad y el 15,6% en el grupo de 30 a 34 años de edad; en cambio, en las mujeres ubicadas en estos grupos de edad, los porcentajes fueron menores 4,8% y 4,3%. Según el Ministerio de Salud, al año 2009 la razón hombre: mujer de casos notificados al sistema de salud fue de 2.9, casi 3 hombres por cada mujer infectada, con la mayor cantidad de casos

presentados en población adulta joven 25 a 39 años. Esto denota que el principal grupo poblacional afectado en el país por el VIH son todavía los varones, quienes se estarían infectando entre los 15 y los 20 años. En el periodo 1987- 2010, la razón hombre mujer de casos notificados de SIDA ha descendido, de 23 hombres por cada mujer en 1987 a 3 hombres por mujer en el 2010. (16)

BRACAMONTE Y COLABORADORES: en su estudio realizado en Loreto Junio 2010, considera a la cuarta región más afectada con el VIH, ya que ha reportado 566 casos de SIDA desde el inicio de la epidemia. El primer caso fue reportado en 1989, para 1997 ya se reportaban casos en 10 distritos de la región y en el 2004 eran 17 los distritos deportantes. A nivel de provincias, la mayoría de los casos reportados se encuentran en Maynas (87.5%), seguida de la provincia de Alto Amazonas; a nivel de distritos el 85.5% de casos son reportados en tres distritos, ocupando el primer lugar Iquitos (429), seguido de Yurimaguas (26) y Punchana (25). Al evaluar los casos de SIDA de acuerdo a edad y sexo, podemos apreciar que la Mayoría de casos se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva: 20 a 39 años de edad, mostrando nuevamente que los hombres son los más afectados en comparación con las mujeres. Al evaluar las vías de transmisión sexual, parenteral y vertical, se evidencia que la transmisión de la epidemia en la Región Loreto es casi exclusivamente sexual (93%). La trasmisión Perinatal: el 1% y desconocida en 6%. Las relaciones sexuales no protegidas son la más importante forma de exposición en la Región Loreto. Por otro lado, según los resultados de este estudio, la epidemia en Loreto tiene una tendencia a la

generalización, con prevalencias poblacionales de 1.33% entre los varones y 0.96% entre las mujeres, es especialmente dramático el hecho que la prevalencia del VIH en la población de varones de Loreto es tres veces mayor que las de otras ciudades del país (que en promedio tienen 0.46%) y entre las mujeres esta situación es cerca de ocho veces mayor (0.13% en las otras ciudades).(17)

1.2.3. REGIONALES

La Dirección Regional de Salud San Martín, oficina de estadística reportó el primer caso en 1990, a partir de esa fecha se tiene un acumulado 1352 casos de VIH/SIDA con un 34.1% de casos a nivel nacional, siendo la razón Hombre/Mujer de 7 a 2, con ello nos ubicamos en el puesto N° 17 a nivel nacional. En el año 2011 se registró 187 casos nuevos y en el 2012 se reportó 156 casos. (18).

Dirección Regional San Martín, Hospital II-2 Tarapoto, reportó en ASIS VIH/SIDA y TBC - San Martin 2011. En relación al índice de VIH/SIDA EN LA REGIÓN SAN MARTIN El sistema NOTI reportó hasta Noviembre del 2011: 988 casos confirmados de personas infectadas con VIH/SIDA. El 30 % de los casos han sido notificados en los últimos 3 años y se mantiene en valores similares en este periodo. Fuente: NOTI VIH/SIDA personas notificadas con diagnóstico VIH/SIDA según años (2000-NOV 2011) 2000 (8) (0.81%), 2001 16 (1.62%), 2002 (34) (3.44%), 2003 (47) (4.76%), 2004 (64) (6.48%), 2005 (67) (6.78%), 2006 (129) (13.06%), 2007 (87) (8.81%), 2008 (108) (10.93%), 2009 (143) (14.47%), 2010 (156) (15.79%), Nov-11 (129) (13.06%), haciendo un total de 988 casos. El mayor grupo de personas notificadas fueron procedentes

de la Provincia de San Martín 419 (42.4%), y Mariscal Cáceres (9.8%) , Rioja 67 (6.8%) y Tocache 64(6.5%). Un grupo significativo de afectados fueron procedentes de otras regiones del país 67 (6.8%) Al evaluar la procedencia de las notificadas en relación a la población (incidencia acumulada) varía el orden de las zonas más afectadas presentándose en orden descendente como las poblaciones más afectadas San Martín, Mariscal Cáceres, Huallaga, Picota, Bellavista, Tocache, El Dorado, Lamas, Rioja, y Moyobamba. Podemos afirmar que en San Martín la Infección por VIH se está presentando tanto en población urbana como rural y que son muy escasos los distritos que no han tenido por lo menos un caso. (19)

1.3. BASES TEORICAS.

1.3.1. MAGNITUD DEL VIH/SIDA:

1.3.1.1. Magnitud:

Característica de un tema que puede ser medida, y/o tener una propiedad, Importancia o extensión. Usados sobre todo en epidemiología, para tener una idea de cómo se distribuyen y evolucionan en la población las enfermedades u otros fenómenos. (20)

1.3.1.2. Incidencia

La incidencia es una magnitud que cuantifica la dinámica de ocurrencia de un determinado evento en una población dada. Es el número de casos nuevos del año o evento que se producen durante un periodo determinado en una población específica. Deben entenderse como el potencial instantáneo de

cambio del estado de salud al de enfermar de la población. La incidencia es una medida de frecuencia de la enfermedad, es decir, miden la frecuencia (el número de casos) con que una enfermedad aparece en un grupo de población (21).

1.3.1.3. Incidencia del VIH/SIDA

En los primeros años, la razón de masculinidad de casos de sida presentó cifras altas. Durante la década de 1980, la razón de masculinidad fue 8.72; es decir, que en ese periodo por cada caso de sida notificado en mujeres, se notificaban aproximadamente nueve casos en varones. Este indicador fue luego disminuyendo, con valores de 6.4 para el periodo 1990 a 1994 y 3.7 para el periodo 1995 a 1999. Durante la década de 2000 a 2009, se ha mantenido estable, con valores de 2.8 para el periodo 2000 a 2004 y 2.7 para el periodo 2005 a 2009. (22)

1.3.1.4. Prevalencia:

Se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado. Mide la carga total de la morbilidad (casos nuevos más casos antiguos) que existen en una población en un momento dado. (23)

1.3.1.5. Prevalencia del VIH/SIDA

El perfil de la epidemia en nuestro país se mantiene desde hace varios años como concentrada, por presentar una prevalencia por encima del 5,0 por ciento en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Cabe destacar, sin

embargo, que la categoría HSH es muy amplia, no tiene un universo demográfico delimitado y además no denota la diversidad y la especificidad de las sub poblaciones incluidas en su interior. Según el Ministerio de Salud, el 2009 la razón hombre: mujer de casos notificados al sistema de salud fue de 2.9 (casi 3 hombres por cada mujer infectada), con la mayor cantidad de casos presentados en población adulta joven (25 a 39 años). Esto denota que el principal grupo poblacional afectado en el país por el VIH son todavía los varones, quienes se estarían infectando entre los 15 y los 20 años. (24).

1.3.1.6. Mortalidad del sida:

Más de 15,000 personas han muerto por SIDA en el Perú desde el inicio de la epidemia. Entre 1,100 a 1,200 muertes anuales registradas. (25)

1.3.2 FACTORES DEMOGRAFICOS

1.3.2.1. Sexo y grupos etario

Al inicio de la epidemia el grupo etario más afectado en el Perú fue en mayores de 30 años; sin embargo, con el correr de los años, la infección se ha presentado cada vez en gente más joven, de manera que en la actualidad la mayor proporción de infectados está entre los 20 y 29 años.(26)

1.3.2.2. Vías de transmisión

La transmisión del VIH tiene tres formas reconocidas; sexuales, sanguíneas y verticales o perinatales. A nivel mundial la forma de transmisión más frecuente es la sexual con un promedio porcentual del 96%. En el Perú, a octubre de 1998, la transmisión sexual ocurrió en el 95,8% de los casos, en tanto que la

transmisión sanguínea es de un 2,0% y la perinatal el 2,2 La categoría de transmisión más frecuente es sexual en hombres que tienen sexo con otros hombres, y representan el 43% de los casos acumulados. (26)

1.3.2.3. Estado civil

El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. (27)

1.3.2.4. Grado de instrucción

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen los siguientes niveles:

Primarios. Personas que no saben leer ni escribir, personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios, Educación Infantil, Educación Primaria, estudios primarios como la EGB, la Enseñanza Primaria y estudios similares.

Secundarios. Estudios de educación secundaria,

Superiores no universitarios. Estudios de Ingenieros Técnicos y Peritos, Magisterio, Enfermería y otros del mismo nivel.

Superiores universitarios. Estudios de Licenciatura, Ingenieros Superiores y similares, así como de doctorado y especialización. (28)

1.3.3 GRUPOS DE RIESGOS

Existen distintos grupos de riesgo como: Orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexuales), Trabajadoras sexuales., Fármacos dependientes, Personas privadas de su libertad, Personal de salud en contacto con paciente infectado y Nacidos de Madre infectada.

1.3.4 EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA:

En el Perú, la epidemia por el VIH/SIDA se ha convertido en uno de los Principales problemas de Salud Pública. Después del diagnóstico del primer caso de SIDA en el Perú en el año 1983, la enfermedad ha tocado la puerta de muchos hogares peruanos siendo este la principal causa de estados depresivos graves e incluso suicidios. La prevalencia del VIH en el Perú es de 0,5%. La epidemia es catalogada como CONCENTRADA, prevalencia en población vulnerable > 5%. La prevalencia es mayor en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 10,8% y trabajadoras sexuales (TS) –0,5%. La prevalencia en gestantes es menor de 0,23%, Se han estimado 400 a 700 casos de recién nacidos infectados por año, más de 5,000 en la última década. Se estiman alrededor de 73,542 personas con HIV en 2008. Se reportan entre 1100-1200 muertes por año. (29)

1.3.5 HISTORIA DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ:

Hace más de 29 años que fue diagnosticado el primer caso de SIDA en el Perú por el Dr. Rubén Patrucco, a principios de 1983, un hombre de 41 años llegó al

consultorio luego de haber permanecido en los Estados Unidos por algunos años y traía consigo una enfermedad, que ese tiempo se describía como propia de la población homosexual, para ese entonces el país estaba convulsionando por el movimiento terrorista y el fenómeno del Niño, las cifras de disminución de turismo receptivo eran de 20 a 30% menos en el país, cifras que se tomarían como una desgracia y que a la postre se convertiría en un hecho protector de una epidemia mayor. El número de casos sigue aumentando en el mundo. En el país se estima en 2000 casos anuales de SIDA y probablemente cifras 3 a 5 veces de personas infectadas. La información epidemiológica revela, que la epidemia en el Perú está concentrada en grupos de hombres que tienen sexos con otros hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS), pero se hace cada vez más rural, de estratos pobres y va en aumento en la población femenina. El grupo más afectado en la población general, es la de menores de 25 años. La razón hombre mujer es de 2:1. Las mujeres infectadas son monógamas en más de 70% y han tenido en muchos casos menos de tres parejas sexuales en toda su vida. La población general está cada vez más expuesta y la epidemia, se disemina silenciosamente a la población general. (29)

1.3.6 VIH4

El VIH, es el virus de la inmunodeficiencia humana, que afecta las células de defensa de nuestro cuerpo, llamadas linfocitos T CD4. Si la infección no es controlada, evoluciona con mayor rapidez a lo que llamamos SIDA. Este virus se encuentra en la sangre, en los fluidos de los órganos sexuales (líquido pre eyaculatorio, semen, secreción vaginal), y en la leche materna. Una vez que se

encuentra el VIH dentro de las células de nuestro cuerpo, las utiliza para replicarse sin causar molestias, a esta etapa se le llama asintomática. (30)

1.3.7 EVOLUCIÓN NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH

Frecuentemente se dice que alguien tiene "SIDA" sólo porque tiene una prueba VIH positiva, aunque no tenga síntomas. Este es un error, el verdadero SIDA es una etapa posterior de la infección por VIH. Por eso para ser más general, es preferible utilizar el término "seropositivo" o "persona con VIH". Se reconoce en cuatro fases en la progresión de la infección por VIH que son: Estadio I (Fase Aguda), Estadio II (Fase Asintomático), Estadio III (Fase linfadenopática o sintomática leve), Estadio IV ((SIDA) (31).

1.3.8. SIDA.

La palabra SIDA son iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El SIDA no es consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones oportunistas, tumores y otros procesos. Este virus permanece latente y destruye un cierto tipo de linfocitos, células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo. (32)

1.4 JUSTIFICACION

La epidemia del VIH/SIDA se ha convertido en un problema prioritario de salud pública, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas. El VIH/SIDA, es mucho más que un problema de salud y por tanto demanda abordarlo integralmente. También es fundamental la falta de compromiso político y el liderazgo porque hay muchos factores políticos, sociales y culturales que dificultan la lucha contra la epidemia. La estigmatización y la discriminación, la desigualdad y la violencia de género, así como la existencia de leyes punitivas y contraproducentes, siguen impidiendo la aplicación de respuestas eficaces al VIH/SIDA. (33).

De acuerdo al informe de ONUSIDA, para finales de 2009 en el mundo existían 33.33 millones [31.4-35.3 millones] de personas viviendo con VIH. A pesar de que el crecimiento global de la epidemia se ha estabilizado, el número de nuevas infecciones sigue siendo elevado y se calcula que en 2009, 2.6 millones de personas contrajeron el VIH, según el reporte de ONUSIDA 2010. (33). En todo el mundo se ha avanzado considerablemente en la respuesta al VIH y el SIDA, a pesar de lo cual en muchos países sigue aumentando el número de personas infectadas por el VIH y el SIDA es aún una causa muy importante de mortalidad de adultos. El tratamiento está ahora más difundido, pero su costo para las personas y los países sigue siendo muy grande y preocupa hondamente su sostenibilidad. Esta situación exige esfuerzos más incisivos a fin de invertir la epidemia y de conseguir que todos quienes lo necesiten reciban tratamiento y atención.

La UNESCO considera al VIH y el SIDA una elevada prioridad de acción en toda su labor, la prevención del VIH es el eje de sus actividades, con el fin de disminuir la cantidad de personas que resultan infectadas por el VIH y los costos humanos y financieros de la epidemia. Todas las partes de la Organización están movilizadas y actúan en los planos mundial, regional y nacional, llevando a cabo actividades que son adecuadas culturalmente, transforman las relaciones entre las mujeres y los hombres y tienen un fundamento empírico. Este enfoque trans disciplinario es la cualidad que nos distingue y resulta muy apropiado para afrontar el VIH y el SIDA. Para que den respuestas educativas eficaces y sostenibles al VIH, reforzar la educación global sobre el VIH y la sexualidad y, por último, hacer progresar la igualdad entre las mujeres y los hombres y proteger los derechos humanos. (34)

Según los datos reportados por la Dirección General de Epidemiología hasta el 31 de mayo del 2012 se han reportado 46,990 Casos de VIH y 29,120 casos de SIDA. La epidemia del VIH SIDA en el Perú según los parámetros de UNAIDS todavía se encuentra en el nivel de epidemia “concentrada”. (35) El modo de transmisión es sexual, siendo responsable del 93% de los casos reportados de SIDA. Por otro lado, el perfil de la epidemia entre los hombres y las mujeres no ha mostrado cambios importantes en la Región en la medida que hasta el 2009, el 86% de los casos eran de sexo masculino y la razón hombre mujer al 2009 era de 4:1.

Debido al aumento del número de casos de PVVS y fallecidos por el virus del SIDA en estos últimos años; y como futuros profesionales de la salud, nos vemos en la necesidad de realizar el presente estudio magnitud del VIH/SIDA

en nuestra región San Martín, para demostrar a través de cifras estadísticas que revelarán la prevalencia, incidencia, mortalidad, factores demográficos y grupos de riesgos presentes para la transmisión del VIH/SIDA, que estos resultados sirvan de aporte teórico a futuras investigaciones en nuestra región de San Martín.

1.5. PROBLEMA

¿Cuál es la magnitud del VIH/SIDA en la Región San Martín según casos identificados por la Dirección Regional de Salud San Martín Periodo 1990 – 2012?

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo general:

Determinar la magnitud (incidencia, prevalencia, mortalidad, factores demográficos, grupos de riesgo) del VIH/SIDA en la Región San Martín según casos identificados por la Dirección Regional de Salud San Martín, Periodo 1990 – 2012.

2.2. Objetivos específicos:

- Determinar la incidencia anual del VIH/SIDA en la Región San Martín, según casos identificados por la Dirección Regional de Salud San Martín. Periodo 1990-2012

- Determinar la prevalencia del VIH/SIDA en la Región San Martín, según casos identificados por la Dirección Regional de Salud San Martín. Periodo 1990-2012
- Determinar la tasa de mortalidad por VIH/ SIDA en la Región San Martín, según casos identificados por la Dirección Regional de Salud San Martín periodo 1990-2012.
- Identificar los factores demográficos presentes en la magnitud del VIH/SIDA en la Región San Martín, según casos identificados por la Dirección Regional de Salud San Martín. Periodo 1990-2012
- Identificar el grupo de riesgo con mayor incidencia de VIH/ SIDA en la Región San Martín, según casos identificados por la Dirección Regional de Salud San Martín. Periodo 1990-2012

III. FORMULACION DE HIPOTESIS.

3.1 Hipótesis de Investigación

La magnitud del VIH/SIDA según casos identificados por la Dirección Regional de Salud San Martín es alta durante el periodo 1990-2012.

3.2 SISTEMA DE VARIABLES

3.2.1 Identificación de Variables

UNIVARIABLE

MAGNITUD DEL VIH/SIDA.

3.2.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
Magnitud del VIH/SIDA	Característica del VIH/SIDA que puede ser medida por una propiedad, Importancia o extensión. Comprende la Incidencia y prevalencia básicos. Conocerla permite tener una idea de cómo se distribuyen y evolucionan en la población el VIH/SIDA.	Característica epidemiológica vinculada con los indicadores de Incidencia, prevalencia, Mortalidad, factores demográficos y grupos de riesgo.	<p>1. Incidencia: Casos nuevos por año de PVVS.</p> <p>2. Prevalencia: Casos totales (continuadores + nuevos) PVVS</p> <p>3. tasa de Mortalidad: Defunciones por VIH /SIDA</p> <p>4. Factores demográficos: Edad, Sexo, Vía de transmisión, estado civil, procedencia, grado de instrucción)</p> <p>5. grupo de riesgo: orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual). •Trabajadoras sexuales. •Fármaco dependiente. •Personas privada de su libertad. •Personal de salud en contacto con paciente infectado. •Nacidos de madre infectada</p>	<p>1. (# de casos por año por 100000)/población por año.</p> <p>2. numero de caso en el periodo determinado / población total</p> <p>3. # de fallecidos por 100/ # de casos</p> <p>4. # de casos por factores demográficos por c/año por 100/ # total de casos por c/año</p> <p>5. # de casos por grupo de riesgo por c/año por 100/ # de casos total por c/año</p>

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1. Tipo de estudio.

El presente trabajo es un estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo.

4.2. Diseño de investigación

Corte transversal



M: Todas las personas viviendo con el virus del VIH/SIDA registrados en la DIRES de la región de san Martín

O: Magnitud del VIH/SIDA en la región san Martín

4.3 POBLACION Y MUESTRA.

UNIVERSO

Todas las personas viviendo en la región San Martín que son un total de 806,452 habitantes.

POBLACION y MUESTRA

Toda PVVS en la región San Martín registrado en la DIRES periodo 1990-2012. Que son un total de 1352 casos confirmados de los cuales se trabajará con el 100% de la muestra.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION

Casos registrados de VIH/SIDA en la DIRES de la región san Martín periodo 1990-2012.

4.5 UNIDAD DE ANALISIS

Persona con el virus de VIH/SIDA caso confirmado y registrada en la DIRES – SM

4.6 PROCEDIMIENTO

1. Se elaboró el protocolo de investigación y se presentó a la facultad ciencias de la salud para su aprobación.
2. Una vez aprobado se solicitó permiso al Director Regional de Salud San Martín para acceder a la información sobre los casos de VIH/SIDA (datos estadísticos, fichas técnicas, encuestas, archivos Word, archivos PDF).
3. Una vez aprobada la solicitud se coordinó con el Director de Epidemiología quien nos brindó la información existente en una base de datos donde se registraron y notificaron casos confirmados de VIH/SIDA.
4. Posteriormente se procedió a la validación del instrumento para la recolección de datos y posteriormente se llenó dicho instrumento denominado lista de cotejo con los datos facilitados por la Dirección Regional de Salud.
5. Se formuló la base de datos procedentes del formato, para procesar la información la cual se evidencio en tablas y gráficos estadísticos.
6. Con la información se elaboró el informe de la investigación.

4.7 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

4.7.1. Métodos y técnicas

En el presente trabajo de investigación la técnica empleada fue la lista de cotejo, el cual nos facilitó identificar datos que están con relación al tema de investigación y poder tener información exacta y actual hasta el 2012 del VIH/SIDA en la Región de San Martín.

4.7.2 Instrumento.

Instrumento de recolección de datos fue diseñado por los autores utilizando información de la base de datos que obtuvimos de la Dires es una lista de cotejo que consta de 11 ítems, basado en nuestros objetivos que además fue validado por expertos conocedores del VIH/SIDA.

4.7.3 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los resultados fueron tabulados utilizando un paquete informático y/o procesador de datos (Excel 2013, SPSS IBM19, etc.). Se izó uso de la estadística descriptiva.

V.RESULTADOS

TABLA N° 01

INCIDENCIA DE VIH/ SIDA POR AÑOS SEGÚN CASOS REGISTRADOS EN LA DIRESA SM. PERIODO 1990-2012

Años	Casos	Población	Incidencia X 100000 hab.
1992	4	559308	0.27
1993	1	572352	0.17
1994	1	609607	0.16
1995	3	632892	0.47
1996	15	654943	2.29
1997	17	667414	2.55
1998	17	696637	2.44
1999	7	715514	0.98
2000	20	732234	2.73
2001	68	746202	9.11
2002	44	757740	5.81
2003	55	767890	7.16
2004	66	748780	8.81
2005	68	758921	8.96
2006	129	799393	16.14
2007	87	728808	11.94
2008	108	758974	14.23
2009	142	771021	18.42
2010	155	782932	19.80
2011	188	794730	23.66
2012	157	806,452	19.47
TOTAL	1352	15062744	

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Se observa que la incidencia de casos de VIH/SIDA en la región san Martín por cada año, ha ido en incremento siendo la mayor incidencia registrada en el 2011 con 23.66 x 100000 hab. Se estable la incidencia más bajas en 1993 y

1994 con 0.17 y 0.16 respectivamente por cada 100000 hab. En los otros años los casos han mantenido una variación de incremento correspondiente.

TABLA N° 02

PREVALENCIA DEL VIH/ SIDA POR AÑOS SEGÚN CASOS REGISTRADOS EN LA DIRESA SM. PERIODO 1992-2012.

Año	Casos	Población anual de la RSM	Prevalencia X 1000000 hab
1992	4	559308	0.27
1993	1	572352	0.07
1994	1	609607	0.07
1995	3	632892	0.20
1996	15	654943	1.00
1997	17	667414	1.13
1998	17	696637	1.13
1999	7	715514	0.46
2000	20	732234	1.33
2001	68	746202	4.51
2002	44	757740	2.92
2003	55	767890	3.65
2004	66	748780	4.38
2005	68	758921	4.51
2006	129	799393	8.56
2007	87	728808	5.78
2008	108	758974	7.17
2009	142	771021	9.43
2010	155	782932	10.29
2011	188	794730	12.48
2012	157	806452	10.42
Total	1352	15062744	89.76

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Los resultados obtenidos muestran la prevalencia total por cada año de las cuales en el año 2011 se obtuvo la prevalencia más alta con un 12.48 por 1000000 hab. y en los años 1993 y 1994 se encuentran en 0.07

respectivamente. Además es importante considerar que cada año la prevalencia ha sufrido un incremento correspondiente.

TABLA N° 03

TASA DE MORTALIDAD DEL VIH/SIDA REGISTRADOS EN LA DIRES PERIODO 1990-2012

TASA DE MORTALIDAD:

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\text{N° DEFUNCIONES} \times 100}{\text{N° CASOS DE VIH-SIDA}} \\
 &= \frac{18 \text{ DEFUNCIONES} \times 100}{1352} \\
 &= 1.33 \%
 \end{aligned}$$

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Observamos que la tasa de mortalidad en la Región San Martín es de 1.33 por cada 100 personas viviendo con el VIH/SIDA.

TABLA N° 04

FRECUENCIA Y PORCENTAJE SEGÚN EDAD DE CASOS DE VIH/SIDA REGISTRADOS EN LA DIRES PERIODO 1990-2012

Edades	Número de casos	%
0-5	21	1,6
6-12	7	,5
13-18	106	7,8
19-35	920	68,0
36-65	298	22,0
Total	1352	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Se evidencia que el mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA fue de 68% que se encuentran en el grupo etario de 19 y 35 años y el menor porcentaje que es de 1.6% entre las edades de 0 y 5 años. Sin embargo es importante resaltar que en mayores de 19 a 65 años se evidencia el mayor número de casos con el 90%.

TABLA N°05

**FRECUENCIA SEGÚN SEXO DE LOS CASOS DE VIH/ SIDA
REGISTRADOS EN LA DIRES. PERIODO 1990-2012**

Sexo	Frecuencia	%
FEMENINO	421	31,1
MASCULINO	931	68,9
TOTAL	1352	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Se evidencia que la mayor cantidad de personas infectadas por el VIH/SIDA son de sexo masculino con un total de 931 casos que representa el 68.9% a comparación del sexo femenino con un total de 421 casos que representa el 31.1% registrados en la base de datos de la DIRES-SM.

TABLA N° 06

FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE CASOS REGISTRADOS EN LA DIRES - SM PERIODO 1990-2012.

Grado de instrucción	Frecuencia	%
ANALFABETA	22	1,6
PRIMARIA COMPLETA	197	14,6
PRIMARIA INCOMPLETA	660	48,8
SECUNDARIA COMPLETA	209	15,5
SECUNDARIA INCOMPLETA	154	11,4
SUPERIOR TECNICA	39	2,9
SUPERIOR UNIVERSITARIA	36	2,7
SUPERIOR INCOMPLETA	35	2,6
Total	1352	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Se evidencia que la mayor cantidad de personas infectadas con el VIH/SIDA cuentan con grado de instrucción primaria incompleta con un total de 660 casos 48,8% y el menor con 22 casos 1,6 % se encuentran personas analfabetas..

TABLA N° 07

FRECUENCIA SEGÚN VIA DE TRASMISSION DEL VIH/SIDA REGISTRADOS EN LA DIRES-SM PERIODO 1990-2012

Vía de transmisión	Frecuencia	%
SEXUAL	1294	95,7
VERTICAL	28	2,1
SANGUINEA	30	2,2
TOTAL	1352	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Se evidencia que la vía de transmisión con mayor frecuencia es la sexual con un total de 1294 casos, representada por el 95,7%; y la vía de transmisión con

menor predominancia es la vía vertical con un total de 28 casos y representada por el 2.1%

TABLA N° 08

FRECUENCIA SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS CASOS DE VIH/SIDA REGISTRADOS EN LA DIRES-SM PERIODO 1990-2012

Estado civil	Frecuencia	%
CASADO	105	7,8
SOLTERO	853	63,1
DIVORCIADO	17	1,3
CONVIVIENTE	360	26,6
VIUDO	17	1,3
TOTAL	1352	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Se evidencia que la mayor cantidad de personas infectadas con VIH/SIDA se encuentran en condición de estado civil soltero con 853 (63,1%) y la menor cantidad se encuentran con estado civil de viudo y divorciados con un total de 17 casos 1.3%.

TABLA N° 09

FRECENCIA SEGÚN GRUPOS DE RIESGO DE CASOS REGISTRADOS CON VIH SIDA EN LA DIRES-SM PERIODO 1990-2012

	Frecuencia	%
HETEROSEXUAL	315	23,3
HOMOSEXUAL	870	64,3
BISEXUAL	52	3,8
TRABAJADORA SEXUAL	36	2,7
FARMACO DEPENDIENTE	23	1,7
PERSONAS PRIVADA DE SU LIBERTAD	20	1,5
PERSONAS DE SALUD EN CONTACTO CON PACIENTES INFECTADOS	9	0,7
NACIDOS DE MADRE INFECTADA	27	2,0
Total	1352	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Se evidencia que el grupo de riesgo con mayor incidencia de personas con VIH/SIDA están dentro de la población homosexual con un total de 870 casos representada por un 64,3%; y el grupo de riesgo con menor número de personas de VIH/SIDA pertenecen al personal de salud en contacto con pacientes infectados con un total de 9 casos representada por el 0,7%

TABLA N° 10

FRECUENCIA SEGÚN PROCEDENCIA - PROVINCIAS DE LOS CASOS REGISTRADOS DE VIH SIDA EN LA DIRES-SM PERIODO 1990-2012

Procedencia por provincias	frecuencia	Porcentaje
BELLAVISTA	66	4,9
EL DORADO	42	3,1
HUALLAGA	49	3,6
LAMAS	66	4,9
MARISCAL CACERES	151	11,2
MOYOBAMBA	90	6,7
PICOTA	65	4,8
RIOJA	92	6,8
SAN MARTIN	633	46,8
SAPOSOA	2	,1
TOCACHE	96	7,1
Total	1352	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Se evidencia que el lugar de procedencia donde mayor número de casos de VIH/ SIDA existe es la provincia de san Martín con un total de 633 casos que hacen un 46,8 % y la provincia con menor número de casos es Saposoa con 2 casos que representa 0.1%.

VI. DISCUSIÓN

En el estudio de los resultados obtenidos acerca de la magnitud del VIH /SIDA según casos registrados en la DIRES –SM periodo 1990-2012, podemos establecer; En la tabla n°01 se observa la incidencia de los casos de VIH/SIDA en la región san Martín por cada año, encontrando que en los años 1993 y 1994 se estableció la incidencia más bajas de 0.17 (representado por 1 caso) y 0.16 (representado por 1 caso), por cada 100000 hab. También se observa que la incidencia más alta se presentó en el año 2011 con un valor de 23.66 (representado por 188 casos) por cada 100000 hab. En comparación con un estudio realizado en el Perú **SANCHEZ J:** en el año 2010. Donde se produjeron 4346 nuevas infecciones por VIH, distribuidas de la siguiente manera: HSH 56%, personas que practican el sexo casual y sus parejas estables (12%), trabajadoras sexuales (TS) y sus clientes (2%) y las parejas femeninas de los clientes de TS, HSH y usuarios de drogas inyectables (UDI, 13%). La transmisión heterosexual sería responsable del 15% de nuevas infecciones en población heterosexual de bajo riesgo. Siendo la epidemia en el Perú concentrada, es importante conocer la situación de la misma en la población HSH. Según los resultados de las vigilancias centinela realizadas en el **Perú** en este grupo poblacional, el año 2002 la incidencia fue 8.3 nuevos casos por cada 100 personas-año (Índice de crecimiento 95% 4.5 a 14.7), el año 2006 3.1 (IC95% 1.0 a 5.3%) y el año 2011 5.2 (3.8 a 6.5). Un dato que destaca en la vigilancia de 2011 es que la incidencia en HSH menores de 25 años se incrementó de 6.2 en 2002 a 9.6 en 2011. (19)

En la tabla n°2 los resultados obtenidos muestran la prevalencia total por cada año de las cuales en el año 2011 se obtuvo la prevalencia más alta con un 12.48 por cada 1000000 hab. Y en los años 1993 y 1994 se encuentran la prevalencia más baja representado por el 0.07 por cada 1000000 hab. En comparación con otros estudios realizados por la:

ONUSIDA donde indican que para la región de América Latina, en la que se incluye a México, la prevalencia de VIH en población adulta ha permanecido sin cambios entre 2001 y 2010, siendo cercana al 0.4%. (11), mientras que para **CALVIMONTES C:** Bolivia para el año 2011, presenta una prevalencia de VIH con una estimada de 0,20%, con un total de 6.835 personas viviendo con VIH/sida notificadas en el sistema de salud, lo que significaría que 6 de cada 10.000 personas en el país habrían sido notificadas como casos de VIH/SIDA.(17)

En la tabla n° 03 el índice de tasa de mortalidad en la Región San Martín está determinado por el 1.33 por cada 100 personas viviendo con el VIH/SIDA. A comparación a nivel mundial, **ONUSIDA** estima que anualmente se calculan 2.1 millones de defunciones es a causa de este padecimiento. En el 2007, en América Latina se estiman 58 mil fallecimientos por SIDA. (10)

En la tabla n°04 los resultados muestran que el mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA con un 68% se encuentran en el rango entre las edades de 19 y 35 años y el menor porcentaje que es de 1.6% entre las edades de 0 y 5 años. Similar resultado se encontró en estudios realizados por **CALVIMONTES C:** en Bolivia para el año 2011, Una epidemia predominantemente joven ya que

67% de los casos notificados fueron en las edades menores de 35 años, A comparación con Estudios que difieren realizados por **OLIVAJ**: en España se notificaron diagnósticos de VIH. La mediana de edad fue de 35 años (RIC: 29-43). (15)

En la tabla n° 05 los resultados muestran que la mayor cantidad de personas infectadas por el VIH/SIDA predomina en el sexo masculino con un total de 931 casos que representa el 68.9% a comparación del sexo femenino con un total de 421 casos que representa el 31.1% registrados en la base de datos de la **DIRES-SM**. Teniendo coincidencia con estudios realizados en el Perú período 1983-2010 predomina en varones de 25 a 34 años de edad 32,0 %; mientras que en las mujeres de ese mismo grupo de edad fue 9,1 %.De acuerdo al **Ministerio de Salud**, al año 2009 la razón hombre: mujer de casos notificados al sistema de salud fue de 2.9, casi 3 hombres por cada mujer infectada, con la mayor cantidad de casos presentados en población adulta joven 25 a 39 años. Esto denota que el principal grupo poblacional afectado en el país por el VIH son todavía los varones (20).

A demás también hallamos semejanzas en estudios realizados por **BERMUDEZ Y**: en Uruguay Según casos notificados a DEVISA en el año 2010. Entre 1991 y 2010 se registraron 9.210 notificaciones de casos de VIH de los cuales el 60% corresponden a personas del sexo masculino (M =5577) y el 39% a casos del sexo femenino (F =3585). (18)

En la tabla n° 07 los resultados muestran que la vía de transmisión con mayor frecuencia es la vía sexual con un total de 1294 casos, representada por el 95,7%; y la vía de transmisión con menor predominancia es la vía vertical con

un total de 28 casos y representada por el 2.1%. Se observó que hay una coincidencia con la transmisión en la **Región Loreto**, es casi exclusivamente sexual (93%). La transmisión Perinatal: el 1% y desconocida en 6%.(21) también se encontró concordancia con **BERMUDEZ Y:** Uruguay Según casos notificados a DEVISA en el año 2010 la distribución de vías de transmisión fue la siguiente: sexual, 94%; sanguínea, 7% y materno infantil, 1.3%.(18) y **MARYORI R:** Bolivia para el año 2011. La principal vía de transmisión es la sexual que corresponde a más del 90% de los casos, encontrándose un 3% en transmisión vertical y alrededor de 1% en cuanto a transmisión sanguínea. (17).

En la tabla n° 09 los resultados muestran que el grupo de riesgo con mayor incidencia de personas con VIH/SIDA están dentro de la población homosexual con un total de 870 casos representada por un 64,3%; y el grupo de riesgo con menor número de personas de VIH/SIDA pertenecen al personal de salud en contacto con pacientes infectados con un total de 9 casos representada por el 0,7%.En comparación con estudios realizados en **España:** junio de 2011 La transmisión homosexual fue la más frecuente (46,1%), seguida de la transmisión heterosexual, que supone un 33,1%, y la de usuarios de drogas inyectadas, que sumó un 5,9%.(15) También hay coincidencias en estudios realizados 2011 en México por **ALARCON J Y COLABORADORES:** tenemos una epidemia concentrada homosexuales, personas que realizan trabajo sexual y personas que usan drogas inyectables. El 32% de los casos registrados de SIDA en hombres refieren una categoría de transmisión por relaciones sexuales homosexuales y el 22% bisexuales. El 41% indica la vía

heterosexual. El 1% por uso de drogas inyectables y otro 1% por transmisión vertical. (16)

VI. CONCLUSIONES

En la presente investigación y mediante los resultados obtenidos se concluye que:

1. La incidencia de VIH / SIDA registrada en la RSM fue más alta en el año 2011 con 23.66 x 100000 hab. y la más baja se registró en los años 1993 y 1994 con 0.17 016 x 100000 hab. Respectivamente.
- 4 La prevalencia de VIH/SIDA registrada en la RSM en el año 1993 y 1994 tuvo un valor de 0.07 casos X 1000000 hab. El año 2011 se registró 12.48 casos X 1000000 hab. siendo este una cifra alarmante.
- 5 La Mortalidad encontrada fue de 1.3 por cada 100 personas infectadas con el virus del VIH/SIDA.
- 6 Los factores demográficos presentes para contraer la enfermedad del VIH/SIDA, son: la edad con el grupo de 19-35años con 920 (68,0%) casos, de sexo masculino 931 (68,9%), la vía sexual es la más frecuente con 1294 (95,7) casos, de estado civil solteros con 853 (63,1) casos, con educación primaria incompleta con 660 (48,8), ubicados principalmente en la provincia de San Martín con 633 casos (46,8%).
- 7 El grupo de riesgo con mayor incidencia de contraer la enfermedad está representado por homosexuales con 870 casos (64,3%).

VIII. RECOMENDACIONES

1. El Ministerio de Salud a través de la DIRES – SM deben mostrar más responsabilidad y seriedad al momento de archivar documentos importantes como los registros de personas con VIH/SIDA, con la finalidad de facilitar el estudio a las personas que soliciten la información requerida.
2. Los decisores de la DIRESA deben establecer la política de análisis periódico de la situación de salud y tomar medidas correctivas según diferentes niveles de decisión y operatividad.
3. El Ministerio de salud deben mantener un seguimiento estricto de los casos registrados de pacientes con VIH/SIDA con la finalidad de controlar el estado de salud del portador.
4. El Ministerio de Salud deben unificar la información que obtiene a través de sus distintas Direcciones de Control, para que de este modo la información brinde mejor resultados en su momento de estudio.
5. Fortalecer los programas establecidos en VIH/SIDA para disminuir la incidencia de la infección en la región a través de conserjería y capacitación permanente.
6. Insertar en la temática de las escuelas para padres temas relacionados con el VIH/SIDA, pretendiendo de esta forma que esto se conviertan en la fuente principal de información y orientación de sus hijos acerca del VIH, coadyuvando a su formación integral y a una estrecha relación de unión y confianza.

7. El ministerio de salud debe promover campañas de detección del VIH/SIDA con la finalidad de obtener una población más exacta y la situación real del VIH/SIDA en nuestro país.

8. Concientizar a la comunidad a tener estilos de vida saludable, especialmente en la práctica responsable de su sexualidad, para de esta manera disminuir los casos de VIH/SIDA en la Región san Martín.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) México 2012. 1° edición Noviembre de 2012 Pág.11
2. Informe Nacional de Avances en la Lucha Contra el Sida CENSIDA México 2012 Pág. 26
3. Cúteo Marcos, Culpa y Coraje: Historia de la política sobre el VIH/SIDA en el Perú. Consorcio de investigación económica y social edición julio 2001 pág. 09
4. Gínera Suiza, Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos. ONUSIDA, Informe 2012., octubre – 2011 pág. 23
5. Dirección general de epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el PERÚ. en boletín epidemiológico mensual. lima: mayo 2012.
http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/boletin_2012/mayo.pdf.
6. Plan estratégico multisectorial regional – Loreto 2008-2012 para la prevención y control de las ITS, EL VIH Y SIDA diciembre de 2007 pág. 5
7. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica Fuente: ONUSIDA y Centro Nacional de Epidemiología 2012 pág., 51-52.
8. Informe de Evaluación del Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/Sida e ITS y Evaluación de Resultados del Proyecto México de lucha contra el Sida, Ronda 9 financiado por el Fondo Mundial Informe solicitado por FUNSALUD Agosto 2012 pág. 09
9. Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA, OMS, UNICEF y ONUSIDA. Enero, 2012 pág. 54

10. Informe de evaluación del programa de acción específico 2007-2012 en respuesta al VIH/SIDA e ITS y evaluación de resultados del proyecto México de lucha contra el sida, ronda 9 financiada por el fondo mundial. Informe solicitado por el FUNSALUD AGOSTO DE 2012 pág. 10
11. Ministerio de Ciencia e Innovación Instituto Carlos III de Salud Centro Nacional de Epidemiología Vigilancia del VIH/Sida en España. Situación a 30 de junio de 2011 pág. 206
12. El VIH/SIDA en México 2011 Numeralia epidemiológica Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA pág. 7, 10, 11, 12) Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de Septiembre del 2011. Procesó: CENSIDA/DIO
13. BOLIVIA INFORME NACIONAL DE PROGRESOS EN LA RESPUESTA AL VIH/SIDA Seguimiento a la Declaración Política sobre el VIH/sida 2011 pág. 08
14. Informe de Progreso Global sobre SIDA 2012, Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/SIDA Uruguay - Informe 2012 de 31 de marzo de 2012 Pág. 45-47
15. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico mensual Lima, abril 2012 Pág. 72-75
16. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el país-Perú periodo Enero 2010- Diciembre 2012 pág. 18 – 19
17. Plan estratégico Multisectorial Regional – Loreto 2008 - 2012 Para la prevención y control de las ITS, EL VIH Y SIDA Diciembre 2007 pág. 15-19.
18. Dirección Regional De Salud-San Martín Base de datos. DIRES-2012

19. Dirección Regional de Salud San Martín. Hospital II -2 Tarapoto. Tuesta Nole, Juan. Jul 29, 2013, publicó el Análisis Situacional de Salud VIH/SIDA y TBC en San Martín 2011. [http://www.slideshare.net/jurotuno/asis-vihsida-y-tbc-san-martin-2011-24727753\(23\)](http://www.slideshare.net/jurotuno/asis-vihsida-y-tbc-san-martin-2011-24727753(23))
20. MORENO A, HURTADO J, Creencias y conocimientos sobre VIH/SIDA en la población de 18 a 59 años de edad en el área urbana de San Juan Sacatepéquez, Guatemala. Revista de la facultad de medicina, 2009; pág. 7–9.
21. Tejada Noriega Alberto, Informe Nacional sobre los progresos realizados en el país-Perú 2012 Ministro de Salud pág. 18
22. Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud: Perú 2002-2006. OPS. pág. 21
23. Rothman KJ. Epidemiología Moderna (trad. de Durán A). Madrid: Díaz De Santos, 2009; pág. 29-4
24. PERÚ: Conocimiento, actitudes y autopercepción de los varones de 15 a 59 años sobre el VIH e ITS, 2008 pág. 71,75
25. Gonzáles Vivanco Ángel, Dermatología peruana - vol. 8, suplemento 1, diciembre – 2010 pág. 12
26. MONTIEL A, ADMIRAN MAGENDZO N, W. Enfermedades de Transmisión sexual. Pontificio Universidad católica de Chile. (en Internet) (citado 13 Jun 2008) Disponible en: <http://escuelamed.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/htm>.
27. Indicadores Básicos Para El Seguimiento De La Declaración Política sobre El VIH/SIDA Periodo Enero 2010- Diciembre 2011 Pág.8

28. Enciclopedia jurídica, definición y conceptos de términos disponible en:
<http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>
29. Informe de sistematización del Taller nacional de Monitoreo y Evaluación para los programas de VIH, TB y malaria , CARE PERU 2010 pág. 47
30. Sebastián Mesones José Luis Situación del VIH/SIDA en el Perú. pág. 5
EDICION 2010
31. Sebastián Mesones José Luis Situación del VIH/SIDA en el Perú. pág. 5
EDICION 2010
32. Diagnostico Situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida en México. INSP 2011 y 2012 pág. 98
33. Estrategia de la UNESCO sobre el VIH y el SIDA Febrero 2012 Publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura pág. 10
34. Informe De ONUSIDA Para El Día Mundial Del Sida 2011 (Pag.19)
35. Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual, Febrero 2012. Disponible en:
http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/febrero.pdf (Pág. 33)

X.ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TITULO: MAGNITUD DEL VIH/SIDA EN LA REGION SAN MARTIN REGISTRADOS EN LA DIRES PERIODO 1990-2012

ESTUDIO: CUANTITATIVO, RETROSPECTIVO, DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL.

INTRODUCCION: EL PRESENTE FORMATO ESTA CONFORMADO POR 11 ÍTEM, QUE SERÁN LLENADOS CON LA INFORMACIÓN DE LA BASE DE DATOS OBTENIDOS DE LA DIRES

1. - Código del paciente:	AP	AM	N1	N2			
2.- Edad:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>						
3.- Sexo:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle; text-align: center;">M</table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle; text-align: center;">F</table>						
4.- Grado de instrucción:							
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>
Prim.Comp. Incom.	Prim. Incom.	Secun. Comp.	Secun.Incom.	Sup.Tecn.	Sup. Univ.	Sup.	
5.- Estado civil:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	
	Casado (a)	soltero (a)	Divorciado (a)	Conviviente			
6. - Lugar de residencia						
7.- año que se diagnosticó VIH:						
9.- Vía de transmisión:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>				
	Sexual	Vertical	Sanguínea				
10.- Fecha de defunción:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>						
	Día	Mes	Año				
11.-Grupo de riesgo:							
• Orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexuales)	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>						
• Trabajadoras sexuales.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>						
• Fármacos dependientes.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>						
• Personas privadas de su libertad	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>						
• Personal de salud en contacto con paciente infectado	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>						
• Nacidos de madre infectada	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>						